



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**

PROGRAMA INSTITUCIONAL DE BOLSAS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA – PIBIC

**OS PACIENTES COM CÂNCER ATENDIDOS PELO SERVIÇO SOCIAL DO
CENTRO DE ONCOLOGIA DR. OSWALDO LEITE: UM ESTUDO DA
SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA, DE SAÚDE E DO TRATAMENTO**

Área do conhecimento: Serviço Social
Subárea do conhecimento: Saúde
Especialidade do conhecimento: Serviço Social da Saúde

Relatório Final
Período da bolsa: de agosto de 2018 a julho de 2019

Este projeto é desenvolvido com bolsa de iniciação científica

PIBIC/CNPQ

Orientador: Maria da Conceição Almeida Vasconcelos
Autor: Rosana Francisca Oliveira Almeida

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVOS	7
2.1 GERAL	7
2.2 ESPECÍFICOS	7
3 REVISÃO DA LITERATURA	7
3.1 A HISTÓRIA DO CÂNCER NO BRASIL: DE DOENÇA INDIVIDUAL A UM PROBLEMA DE SAÚDE COLETIVA	7
3.2 O CÂNCER E O SERVIÇO SOCIAL: ELEMENTOS FUNDAMENTAIS	13
4 METODOLOGIA	18
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	19
5.1 PERFIL DO PÚBLICO ATENDIDO PELO SERVIÇO SOCIAL DO CENTRO DE ONCOLOGIA DR. OSWALDO LEITE (COOL) DO HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE (HUSE)	19
5.2 PERFIL DA MORTALIDADE POR CÂNCER DURANTE O PERÍODO DE 2015-2017.....	27
5.3 AS PRINCIPAIS DEMANDAS QUE CHEGAM AO SERVIÇO SOCIAL DO CENTRO ONCOLÓGICO DR. OSWALDO LEITE/HUSE	31
6 CONCLUSÕES	34
REFERÊNCIAS	36
OUTRAS ATIVIDADES	39

1 INTRODUÇÃO

O câncer configura-se atualmente como um complexo problema de saúde pública, sobretudo em virtude da sua multiplicidade de fatores que envolvem tanto aspectos epidemiológicos, como culturais, econômicos e sociais. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) mais de 14 milhões de pessoas desenvolvem câncer todos os anos, e estima-se que este número deve subir para mais de 21 milhões de pessoas em 2030, sendo a doença atualmente responsável por uma em cada seis mortes no mundo¹. No Brasil, de acordo com o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), foram registradas 189.454 mortes por câncer em 2013.

Existem alguns tipos de câncer que se diagnosticados precocemente há grandes chances de cura, como a neoplasia de mama por exemplo. No entanto, a doença ainda carrega um forte estigma que, muitas vezes, a associa diretamente à morte. Parte da população, sobretudo a de menores níveis de renda e escolaridade, ainda apresenta medo e resistência ao diagnóstico da doença, o que pode dificultar a detecção precoce e contribuir para o aumento das taxas de mortalidade.

Para intervir nessa questão, faz-se necessário, dentre outras, disseminar informações em relação à doença, suas causas, formas de tratamento e chances de cura, com foco especial na prevenção e controle. Isto posto e levando em consideração a função social da universidade, torna-se cada vez mais pertinente projetos de pesquisa e extensão que versem sobre esta temática e que contribuam para conhecer melhor as condições de vida das pessoas com câncer, servindo para subsidiar a atuação dos profissionais da saúde, entre eles os assistentes sociais.

Assim, esta pesquisa que leva o título “Os pacientes com câncer atendidos pelo Serviço Social do Centro de Oncologia Dr. Oswaldo Leite: um estudo da situação socioeconômica, de saúde e do tratamento”, tem por objetivo analisar o perfil dos pacientes com câncer que são atendidos pelo Serviço Social do referido Centro, considerando-se os aspectos socioeconômicos e àqueles relativos à tríade saúde/doença/tratamento.

Compreende-se que conhecer as condições de vida desses pacientes e as suas principais necessidades é importante para a melhoria do atendimento, contribuindo, dessa

¹ Informações retiradas de matéria publicada pela Nações Unidas do Brasil em 3 de fevereiro de 2017. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/oms-cancer-mata-88-milhoes-de-pessoas-anualmente-no-mundo/>

forma, com a possibilidade de respostas mais qualificadas e efetivas por parte do Estado, do Serviço Social e demais profissionais que compõem a rede hospitalar e que precisam lidar diariamente com esses pacientes que vêm suas vidas serem intensamente abaladas com o diagnóstico e tratamento do câncer.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Realizar um estudo dos pacientes com câncer atendidos pelo Serviço Social do Centro Oncológico Dr. Oswaldo Leite (COOL), considerando os aspectos socioeconômico e àqueles relativos à tríade saúde/doença/tratamento.

2.2 Específicos

- Traçar o perfil dos pacientes com câncer atendidos pelo Serviço Social do COOL/HUSE;
- Identificar as condições de moradia, previdenciária e educacional dos pacientes;
- Mapear os principais tipos de câncer e a incidência de óbitos;
- Mapear como tem ocorrido o tratamento fora do domicílio;
- Identificar as demandas apresentadas pelos pacientes quando atendidos pelo Serviço Social;
- Subsidiar o Serviço Social do COOL/HUSE com informações para elaboração de programas e projetos.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 A história do câncer no Brasil: de doença individual a um problema de saúde coletiva

A literatura aponta que as últimas décadas do século XIX foi um período marcado por importantes transformações na medicina brasileira. Ao tempo em que o Brasil vivenciava um contexto de crise sanitária e modernização material das principais capitais, observaram-se mudanças no campo do ensino médico resultando, posteriormente, no

surgimento de novos paradigmas científicos que transformaram as antigas artes de curar em ciências da saúde. Nesse contexto, surgem preocupações mais sistemáticas em relação ao câncer. As primeiras delas foram registradas nas sociedades médicas do Rio de Janeiro e de São Paulo e em artigos publicados na imprensa médica. Em relação ao tratamento, as restritas possibilidades médicas da época conferiram à cirurgia o status de única arma possível contra os tumores cancerígenos, o que conduziu vários médicos brasileiros a trabalharem com este procedimento (FONSECA; TEIXEIRA, 2007).

No final da década de 1910 foram criadas no país as primeiras instituições especializadas no tratamento de cancerosos, os primeiros institutos de radiologia e as primeiras ações públicas direcionadas à doença. Apesar de todas essas iniciativas terem sido bastante incipientes e de pouco alcance, significaram as primeiras medidas na transformação do quadro de completa desatenção em relação ao tratamento dos acometidos pela doença e de ampliação do interesse médico pelo problema (NORONHA; PORTO; TEIXEIRA, 2012).

Em meados da década de 1930, durante o governo de Getúlio Vargas, a sociedade civil organizada passou a reivindicar algumas ações de combate ao câncer e de atendimento às necessidades da população. O Governo, levando em consideração alguns desses anseios, adotou uma política nacional voltada para o controle da doença. Como consequência, foi criado em 1937 o Centro de Cancerologia do Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal (Rio de Janeiro), embrião do conhecido Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (BARRETO, 2005). A fundação desse Centro teve como protagonista Mário Kroeff, cirurgião gaúcho, especializado em câncer, fundamental na criação do Sistema Nacional de Câncer (SNC), sendo o seu primeiro diretor.

É somente na década de 1950 que são fundados os principais hospitais de câncer do país, em sua maioria relacionados à filantropia e às ligas de combate ao câncer e que desde a década de 1930 trabalhavam pela criação desses espaços. Exemplo disso foi a criação do Hospital Aristides Maltez, em 1952, inaugurado pela Liga Baiana Contra o Câncer em Salvador, primeiro na região Nordeste, especializado no tratamento do câncer. De forma semelhante a outros hospitais filantrópicos criados no período, o Aristides Maltez destinava uma parte de seus leitos às pessoas sem recursos financeiros (NORONHA; PORTO; TEIXEIRA, 2012).

Em São Paulo, além do Instituto Dr. Arnaldo criado ainda na década de 1920, foi fundado, em 1953, o Hospital A. C. Camargo, resultado de uma iniciativa da Associação Paulista de Combate ao Câncer (APCC). Em parceria com a Rede Feminina de Combate ao Câncer, o hospital foi erguido com fundos obtidos por doações privadas e substituiu a clínica de tumores que era mantida pela APCC. No Rio de Janeiro, após manter-se muitos anos em instalações precárias, o Instituto de Câncer do SNC passou a contar com boa infraestrutura na sede alugada do Hospital Gaffrée e Guinle (NORONHA; PORTO; TEIXEIRA, 2012).

No que tange ao pensamento médico sobre a doença, muitos cancerologistas do início da década de 1960 viam o câncer como um problema social e defendiam que seu controle deveria ter como base a prevenção, a educação em saúde, o diagnóstico e o tratamento. Essa concepção começava a tomar o lugar da noção de combate à doença que tinha como direcionamento ações autônomas voltadas aos indivíduos afetados. Para tanto, ela implicava a formação de uma nova legislação que possibilitasse sua prevenção; a criação de um registro de câncer, que viabilizasse aos cancerologistas informações mais exatas sobre a incidência da doença nos diversos grupos sociais e espaços geográficos; a ampliação da responsabilidade em relação à doença para além do mundo da medicina; a democratização do acesso às unidades de tratamento; e a maior ação do Estado na formulação, coordenação e financiamento das ações a ela relacionadas (HABIB; PORTO; TEIXEIRA, 2012).

No entanto, o que se tem nesse período em que o país vivenciava a Ditadura Militar (1964-1985) é um contexto de fortalecimento das concepções liberais da economia e privatistas em relação à saúde, ampliando-se o entendimento do câncer como uma questão afeita principalmente à medicina curativa de base hospitalar e privada. Seguindo, assim, na contramão das postulações dos cancerologistas da saúde pública, os técnicos do governo reiteravam que, por não se tratar de uma doença contagiosa ou epidêmica, o câncer não devia ser visto como um problema de saúde pública, devendo ser tratado como uma questão atinente a ações curativas individuais (NORONHA; PORTO; TEIXEIRA, 2012).

Fonseca e Teixeira (2007) destacam que para os cancerologistas do INCA, essas discussões objetivavam, entre outros pontos, reter os gastos do Ministério da Saúde em relação ao câncer, em razão da perda de prestígio político e do empobrecimento do

Ministério, tornando explícita a dicotomia entre medicina assistencial e saúde pública. Assim, a situação do controle do câncer no país só se agravava, sobretudo diante da contínua crise econômica dos primeiros anos pós-golpe, que reduziu as verbas direcionadas à doença.

Esse quadro só começa a ser revertido em meados da década de 1970, quando a busca de consenso político obrigou o governo a incluir demandas sociais em sua agenda de desenvolvimento. Em um período marcado pelo grande crescimento econômico, busca-se apoio popular à estrutura de poder vigente e grande apreço às ações de planejamento difundidas pelos organismos internacionais. Assim, surgiram as primeiras iniciativas que viam o câncer como um problema de saúde de grande proporção e que deveria ser contido por uma ação governamental planejada (HABIB; PORTO; TEIXEIRA, 2012). É quando,

Em 1973, no contexto das ações apresentadas de forma grandiloquente pelo governo Médici, se daria a primeira iniciativa de real expansão e coordenação de ações relacionadas ao câncer. De forma semelhante ao presidente norte-americano Richard Nixon que, em 1971, foi à TV americana anunciar o Cancer Act, – que prometia verbas suficientes para proporcionar a descoberta da cura da doença até o ano de 1976 –, o então presidente Emílio Garrastazu Médici e seu ministro da Saúde, Mario Machado de Lemos, afirmavam em cadeia nacional que implantariam um programa colossal para o controle da doença ao custo de 220 milhões de cruzeiros. (NORONHA; PORTO; TEIXEIRA, 2012, p. 101).

Na esteira das concepções planificadoras que dominaram diversos Estados Nacionais latino-americanos, foi instituído no país, em 1973, o Programa Nacional de Controle do Câncer (PNCC), no âmbito da Divisão Nacional do Câncer. O Programa tinha por objetivo coordenar as ações atinentes à doença em âmbito nacional, integrando as atividades do Ministério da Saúde e da Previdência Social. O PNCC teve início como um projeto de captação de recursos e investimento de verbas específicas na prevenção e no tratamento do câncer. Mais tarde suas ações foram incluídas no âmbito do II Plano Nacional de Desenvolvimento. Sua criação foi importante por garantir recursos financeiros para entidades voltadas ao atendimento de pacientes que não eram cobertos pelo sistema previdenciário (NORONHA; PORTO; TEIXEIRA, 2012).

Posteriormente, foi criado em 1975, no âmbito do Ministério da Previdência Social, o Programa de Controle do Câncer (PCC). De acordo com Noronha, Porto e Teixeira (2012), este novo programa somava-se ao PNCC, do Ministério da Saúde. Sua atuação

visava aproximar as ações de prevenção e tratamento, ainda na órbita da medicina previdenciária, com a rede de ambulatórios e hospitais da saúde pública. O Programa teve como principal aspecto a oficialização da universalização dos procedimentos relativos ao controle do câncer na órbita da Previdência Social, o que em tese assegurava que qualquer cidadão teria o direito ao tratamento gratuito da doença.

Em 1980, em meio a ampliação das dificuldades econômicas que assolava o país, o PNCC não foi incluído no III Plano Nacional de Desenvolvimento, perdendo, assim, sua fonte primordial de recursos financeiros, o que acabou por inviabilizar a continuidade do programa, desvelando também a insuficiência do modelo proposto. Por conseguinte, o câncer perdeu seu status de doença estratégica, voltando a integrar a rotina dos serviços de saúde (HABIB; PORTO; TEIXEIRA, 2012).

No plano político-econômico nacional, já na segunda metade da década de 1970, com o fim do milagre econômico e o aprofundamento das crises cíclicas do capitalismo, há um processo de efervescência dos movimentos sociais, que passaram a questionar o sistema vigente e lutar pela redemocratização do país. De acordo com Raichelis (2006, p. 77), esse processo resultou “no quadro de redefinições das relações entre Estado e sociedade civil, um amplo e heterogêneo conjunto de forças sociais foi protagonista do debate e das propostas para fazer frente à crise social, que desaguaram no processo constituinte do qual resultou a Constituição Federal de 1988.”

As questões relativas ao controle do câncer também perpassaram as lutas gerais por uma saúde universal e de qualidade. Noronha, Porto e Teixeira (2012) ao fazerem uma análise sobre a importância do processo constituinte de 1988, destacam três aspectos centrais em relação ao controle do câncer: o desenvolvimento das ações preventivas, a busca de integração entre as instituições relacionadas à doença, e o fortalecimento do papel do INCA em relação às definições da política de controle da doença no Brasil.

Um ano anterior a aprovação da CF/1988, o governo federal criou o Programa de Oncologia (Pro-Onco), que se caracterizou como um termo de cooperação técnica entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o Ministério da Saúde, com o objetivo de implantar ações de âmbito nacional nos campos da informação, da prevenção, do diagnóstico e do controle do câncer. Em março de 1990, o Pró-Onco foi transferido para o INCA (NORONHA; PORTO; TEIXEIRA, 2012).

Anos depois, em 1998, foi dado um grande passo na política de controle do câncer no país, através da estruturação das unidades hospitalares que prestavam atendimento aos pacientes oncológicos, através da publicação da Portaria nº 3.535/1998 que considerou a necessidade de: a) garantir o atendimento integral aos pacientes com doenças neoplásicas malignas; b) estabelecer uma rede hierarquizada dos Centros que prestam atendimento pelo SUS a esses pacientes; c) e atualizar os critérios mínimos para o cadastramento dos Centros de Alta Complexidade em Oncologia (BRASIL, 2006).

Em 8 de dezembro de 2005 foi lançada a nova Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), através da Portaria nº 2.439/GM, que tinha por objetivo promover a descentralização e a valorização da corresponsabilidade entre a rede de serviços e as equipes profissionais, objetivando a integralidade da atenção em Oncologia. Essa Portaria foi de suma importância, uma vez que ela modificou a abordagem das neoplasias no país, ao utilizar o conceito do câncer como um problema de saúde pública, indo além da mera regulamentação dos serviços de alta complexidade e fixando as bases de uma ampla Política Nacional de Atenção Oncológica.

Outro marco normativo importante foi a publicação da Lei nº 12.732, em 22 de novembro de 2012, conhecida também como a “Lei dos 60 dias”, criada com o objetivo de estabelecer um prazo mínimo para o início do tratamento de pacientes acometidos por neoplasias malignas. A Lei define que todo paciente oncológico tem o direito de se submeter ao primeiro tratamento de maneira gratuita, no prazo de até 60 dias após a confirmação do diagnóstico, perante laudo médico, prazo este que pode ser antecipado na medida em que seja confirmada a necessidade da urgência registrada no prontuário (BRASIL, 2012). Essa lei embora tenha representado um importante avanço em relação ao tratamento do câncer no país, ainda necessita de uma maior materialidade, uma vez que é constantemente violada.

Por fim, destaca-se a divulgação, no dia 13 de maio de 2013, da Política Nacional Para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, por meio da Portaria 874. Os princípios e diretrizes centrais dessa política são baseados no reconhecimento do câncer como uma doença crônica que necessita de cuidado integral e na luta constante pelo fortalecimento das políticas públicas que visem desenvolver ao máximo a saúde de cada cidadão. Tem por objetivo o enfrentamento dos

impactos dos agrotóxicos na saúde humana e no ambiente, através de práticas de promoção da saúde de caráter preventivo. Contém a necessidade de promover a efetivação de ações de detecção precoce do câncer, por meio do rastreamento e diagnóstico precoce e o monitoramento dos fatores de risco para o câncer, a fim de planejar ações capazes de prevenir, reduzir danos e proteger a vida, entre outros (BRASIL, 2013).

Apesar de todas essas ações, políticas e programas que versam sobre o câncer e suas formas de prevenção, controle e tratamento é preciso levar em consideração também o abismo que há entre o que está preconizado formalmente nas legislações e a realidade que se apresenta para a população usuária dos serviços de saúde no país, sobretudo o amplo descumprimento dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. São reflexos de um processo de sucateamento e desconstrução das políticas públicas no Brasil, como resultado da implementação do ideário neoliberal no país, desenvolvido pelo Estado em conformidade com os interesses do grande capital, o que inclui um processo crescente de precarização da saúde pública.

Diante desse cenário, é imprescindível destacar o descaso no atendimento às pessoas com câncer, especialmente daquelas que dependem dos serviços públicos via SUS. Equipamentos que quebram constantemente e interrompem o tratamento, falta de medicamentos, dificuldades de deslocamento para os centros urbanos que dispõem de tratamento especializado, são alguns dos problemas enfrentados cotidianamente por essas pessoas.

3.2 O câncer e o Serviço Social: elementos fundamentais

Dada a magnitude epidemiológica, social e econômica, o câncer é hoje um dos problemas de saúde pública mais complexos que o sistema de saúde brasileira enfrenta. De acordo com o INCA (2018) existem mais de 100 tipos diferentes de neoplasias, podendo surgir em qualquer parte do corpo, mas há alguns órgãos que são mais afetados do que outros, dentre eles estão: pulmão, mama, colo do útero, próstata, cólon e reto (intestino grosso), pele, estômago, esôfago, medula óssea (leucemias) e cavidade oral (boca). Já no que diz respeito aos tipos de câncer, o Instituto Oncoguia (2015, n.p.), os agrupa da seguinte forma:

Carcinomas. Começam na pele ou nos tecidos que revestem ou cobrem os órgãos internos. Existe um número de subtipos de carcinoma, incluindo adenocarcinoma, carcinoma de células basais, carcinoma de células escamosas e carcinoma de células de transição.

Sarcomas. Começam no osso, cartilagem, gordura, músculo, vasos sanguíneos ou outro tecido conjuntivo ou de suporte.

Leucemias. Começam no tecido que produz o sangue, como a medula óssea, o que provoca um grande número de células anormais que entram na circulação sanguínea.

Linfomas e Mielomas. Começam nas células do sistema imunológico.

Cânceres do Sistema Nervoso Central. Começam nos tecidos do cérebro e da medula espinhal.

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (s.d.), as causalidades que podem ocasionar o câncer são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando ambas interligadas. As externas relacionam-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural. Já as internas são, em sua maioria, geneticamente pré-determinadas e estão associadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas.

Convém destacar que, de todos os casos, 80% a 90% dos cânceres estão associados a fatores ambientais. Sendo alguns deles bem conhecidos: o cigarro pode causar câncer de pulmão, a exposição prolongada ao sol pode ocasionar câncer de pele, e alguns vírus podem causar leucemia. Existem outros tipos ainda em estudo, como por exemplo, neoplasias relacionadas aos componentes dos alimentos que ingerimos, e muitos são ainda completamente desconhecidos. Outro fator de risco, diz respeito ao envelhecimento, pois ele provoca mudanças nas células que aumentam a sua suscetibilidade à transformação maligna. Isso, soma-se ao fato de as células das pessoas idosas terem sido expostas por mais tempo aos diversos fatores de risco para câncer, explicando, assim, em parte, o porquê de o câncer ser mais frequente nesses indivíduos (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, s.d.).

Em relação ao tratamento do câncer o passo fundamental é o diagnóstico, incluindo o estadiamento², no qual se baseará o planejamento terapêutico. Mas, para isso, é essencial que a rede de serviços de saúde conte com especialistas nas áreas clínica e cirúrgica, além de procedimentos como: endoscopia, histopatológica, imagenologia, citologia e estudos

²“Estadiamento é o ato de avaliar a extensão da doença e determinar todo o planejamento terapêutico, indicando o prognóstico do caso. Ele é realizado segundo os parâmetros internacionais apresentados na Classificação dos Tumores Malignos – TNM.” (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2017, p. 101).

laboratoriais, como o dos marcadores tumorais. Os diagnósticos precoces, que incluem estratégias de rastreamento, aumentam sobremaneira a possibilidade de cura para alguns cânceres e reduzem a morbidade resultante da doença e de seu tratamento.

O tratamento é um dos componentes do programa nacional de controle do câncer. As metas são, preferencialmente, cura, prolongamento da vida útil e melhora da qualidade de vida. As principais modalidades de tratamento são a cirurgia e a radioterapia/quimioterapia (incluindo manipulação hormonal), com apoio de outras áreas técnico-assistenciais, como serviço social, enfermagem, nutrição, fisioterapia, reabilitação, farmácia, odontologia, psicologia clínica, psiquiatria e a estomaterapia (cuidados de ostomizados). É importante destacar, que embora cada área tenha papel bem-estabelecido, a abordagem multidisciplinar integrada é mais efetiva do que uma sucessão de intervenções isoladas no cuidado do paciente (BRASIL; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2006).

Para a implementação de políticas e programas de controle do câncer, determina-se a organização de linhas de cuidado que perpassem todos os níveis de atenção e modalidades de atendimento, em um modelo assistencial que articule recursos, acesso aos serviços e tratamentos indispensáveis para o controle do câncer (diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos) e que devem ser previstos pelos gestores do SUS, através dos diversos serviços de saúde, de forma a facilitar a integração das ações preventivas, curativas e de reabilitação, ficando a cargo dos profissionais de saúde a responsabilidade de executá-las (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2018).

No entanto, o Instituto Nacional de Câncer (2018) assevera que os cuidados não dizem respeito tão somente aos procedimentos clínicos, sendo fundamental que as pessoas sejam vistas como sujeitos, na singularidade de suas histórias de vida, condições socioculturais, anseios e expectativas. Nesse sentido, a abordagem dos indivíduos com câncer deve integrar as diversas dimensões do sofrimento (físico, espiritual e psicossocial) e buscar o controle do câncer com a preservação da qualidade de vida.

Dentre os profissionais que integram essas linhas de cuidados, destacam-se os assistentes sociais³. De acordo com Costa (2006), a inserção desses profissionais nos

³ Profissão que se inserem na divisão social e técnica do trabalho pelo seu trato com as expressões da questão social, resultante da desigualdade gerada pelo sistema de acumulação capitalista. Destarte, essa profissão se

serviços de saúde é mediada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem diante das condições históricas, sob as quais a saúde pública se desenvolveu no país. Sua atuação profissional, segundo Iamamoto (2006, p. 6), deve ter como preocupação central “o acesso dos usuários aos seus direitos e aos meios de exercê-los de forma a contribuir para que as necessidades e interesses dos sujeitos de direitos adquiram visibilidade na cena pública e possam, de fato, ser reconhecidos.”

Os assistentes sociais atuam na saúde em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; investigação, planejamento e gestão; mobilização, participação e controle social; assessoria, qualificação e formação profissional. No atendimento direto aos usuários, os assistentes sociais atuam desde a atenção básica até os serviços de alta e média complexidade, em diversos espaços sócio ocupacionais, como: policlínicas, Unidades Básicas de Saúde (UBS), maternidade, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), hospitais, institutos, entre outros (CEFESS, 2010).

Assim como em outros espaços sócio ocupacionais, na saúde, “o profissional precisa ter clareza de suas atribuições e competências para estabelecer prioridades de ações e estratégias, a partir de demandas apresentadas pelos usuários, de dados epidemiológicos e da disponibilidade da equipe de saúde para ações conjuntas.” (CEFESS, 2010, p. 43). Dessa forma, a atuação é orientada por um projeto profissional crítico, baseado em valores humanistas e universais, numa concepção de homem enquanto sujeito autônomo e com uma teoria que busca apreender a realidade estrutural em sua essência, bem como iluminar as finalidades, possibilitando ao profissional um domínio teórico-metodológico, com adoção de uma postura investigativa e interventiva, competente e comprometida com o atendimento das necessidades humanas (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2017).

Na oncologia, os assistentes sociais devem integrar as equipes de saúde e contribuir com a adesão do paciente ao tratamento, através da inserção em políticas sociais públicas e acesso a bens e serviços que possibilitem a melhoria da qualidade de vida dos usuários. Destaca-se a presença desses profissionais nos hospitais com as ações relacionadas aos cuidados paliativos, pois representam um diferencial relevante na equipe, uma vez que há uma maior aproximação dos assistentes sociais com a realidade dos usuários e sua rede de

origina no trânsito do capitalismo concorrencial para o monopolista, onde frente à agudização da questão social fez-se necessário um profissional que enfrentasse suas expressões (MATOS, 2009).

apoio. De forma geral, as atividades desenvolvidas pelos profissionais de Serviço Social junto aos pacientes oncológicos estão relacionadas com a viabilização de direitos sociais, sendo que as orientações mais incidentes são para solicitação de procuração (realizada no cartório e no INSS), curatela e cadastro no Tratamento Fora do Domicílio (TFD), questões previdenciárias, prioridade de tramitação de processos judiciais e orientações pós-óbito (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2017).

Em Sergipe os pacientes oncológicos são atendidos em unidades de saúde públicas e privadas que oferecem serviços de quimioterapia e radioterapia, além do acompanhamento clínico. Pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o tratamento oncológico é realizado no Hospital de Cirurgia, no Hospital Universitário (HU) e no Hospital de Urgência de Sergipe/Centro de Oncologia Doutor Oswaldo Leite (COOL). No Estado existem três máquinas de radioterapia para atender toda demanda dos pacientes oncológicos oriundos dos municípios sergipanos e de estados vizinhos, como Bahia e Alagoas. Uma delas (3D) está instalada no HUSE, a outra (2D) no Hospital de Cirurgia, e recentemente foi instalada a terceira máquina na Clinradi – Radioterapia e Imagem. O segundo acelerador linear do Centro de Oncologia do HUSE, encontra-se em processo de instalação e permitirá a ampliação e melhoria do atendimento das pessoas com câncer. No HUSE existem também três tomógrafos.

O Centro de Oncologia Doutor Oswaldo Leite (COOL) foi inaugurado em 1996 e compõe uma das unidades do Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE). Constitui-se em referência do tratamento de câncer no Estado e é porta aberta do SUS. Neste Centro, procedem-se atendimentos clínicos, laboratoriais e tratamentos oncológicos, através da quimioterapia e radioterapia. A equipe é composta por médicos, psicólogos, fisioterapeutas, dentistas, nutricionistas, farmacêuticos, terapeuta ocupacional, enfermeiros, assistentes sociais e oficiais administrativos.

Tal como em âmbito nacional e no conjunto da política de saúde brasileira, o tratamento do câncer em Sergipe nos hospitais públicos também passa por vários desafios principalmente se considerada a precariedade de alguns serviços. Ademais, observa-se problemas na atenção básica, peça chave para a prevenção e controle do câncer.

Ainda que importantes passos tenham sido dados para a ampliação dos direitos das pessoas com câncer no país, com destaque para a Portaria nº 874/2013, que reconhece a

integralidade como diretriz para a organização da linha de cuidados em atenção oncológica, tendo como premissas a hierarquização e a regionalização dos serviços em todas as unidades federadas, com o propósito de garantir condições igualitárias de acesso da população aos cuidados em oncologia e ao diagnóstico precoce na atenção básica (BRASIL, 2013), sabe-se, no entanto, que muito do que contém a legislação não é cumprido, sendo necessário muitas vezes judicializar o direito para que este seja respeitado. Dessa forma, garantir a universalidade e a integralidade da saúde a todos os cidadãos, especialmente para as pessoas com câncer, é posto como um desafio constante no cotidiano dos servidores e gestores da saúde, pois como já foi salientado, a política pública de saúde no país tem sido caracterizada por uma realidade marcada pela negação de seus princípios norteadores.

4 METODOLOGIA

Como já mencionado anteriormente, o propósito desta pesquisa foi realizar um estudo dos pacientes com câncer que são atendidos pelo Serviço Social do Centro de Oncologia Dr. Oswaldo Leite (COOL), unidade do Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE). Para tanto, foram considerados os aspectos socioeconômicos e àqueles relativos à tríade saúde/doença/tratamento. Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva que, de acordo com Gil (2008, p. 44), “tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis.” Tem como referência o método materialista histórico-dialético, que segundo Netto (2011, p. 22, grifos do autor) é “*o método de pesquisa que propicia o conhecimento teórico, partindo da aparência, visa alcançar a essência do objeto.*” É um estudo do tipo quali-quantitativo, uma vez que agrega a análise de dados estatísticos/quantitativos (sexo, idade, renda etc.) com a análise dos aspectos, sociais, econômicos, políticos e culturais do contexto em que vivem os usuários dos serviços do COOL/HUSE.

Agrega as pesquisas bibliográfica e documental. A pesquisa bibliográfica foi realizada por meio de livros e dissertações que tratam da temática objeto de estudo, o que possibilitou a construção do caminho teórico adotado. Já na pesquisa documental, foram utilizadas as fichas sociais resultantes do atendimento realizado pelos profissionais de Serviço Social do COOL/HUSE no período de 2014 a 2017, material importante para

capturar as informações dispersas e que precisavam ser identificadas e catalogadas para a sistematização das informações nelas contidas, além de legislações que tratam da temática da pesquisa (decretos, portarias, parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde, entre outros). Não houve recorte amostral, uma vez que foram utilizadas todas as fichas do período mencionado, que totalizou um quantitativo de 518. Já para a coleta de dados referente aos óbitos, foi utilizado o Livro de registro dos óbitos existente no Serviço Social do período de maio de 2015⁴ a dezembro de 2017. Os dados obtidos foram sistematizados em tabelas do Excel, resultando em gráficos que possibilitaram uma melhor visualização e análise das informações.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste item são apresentados os resultados e as discussões atinentes ao perfil dos pacientes oncológicos que utilizam os serviços do COOL do Hospital de Urgência de Sergipe, a partir da identificação de aspectos relativos ao sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, moradia, ocupação, renda, situação previdenciária, acesso aos benefícios sociais e aqueles relativos à doença, tratamento e óbitos, além das principais demandas apresentadas ao Serviço Social da instituição.

5.1 Perfil do público atendido pelo Serviço Social do Centro de Oncologia Dr. Oswaldo Leite (COOL) do Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE)

5.1.1 Aspectos socioeconômicos e demográficos

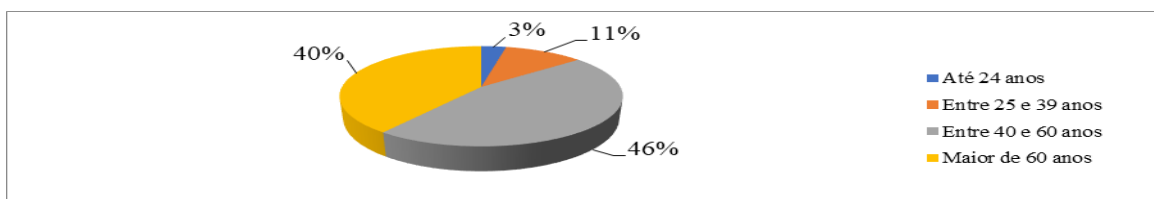
Os resultados revelaram que no período de 2014 a 2017 foram preenchidas 518 fichas de atendimento social pelos assistentes sociais da oncologia do HUSE. Desse quantitativo, 64,2% são do sexo feminino e 34,8% do sexo masculino. Essa alta prevalência de câncer no sexo feminino difere do quantitativo estimado de cânceres novos para o ano de 2018 no país, que apontava a incidência maior de casos em homens (300.140 casos

⁴ Os dados anteriores ao mês de maio de 2015, assim como do ano de 2014, foram armazenados em outro livro, que foi enviado para o Núcleo Interno de Regulação (NIR) do HUSE para a consolidação de dados. Tentou-se durante o período da coleta o resgate do livro, porém sem sucesso. Dessa forma, foi definido esse novo recorte temporal.

novos) do que em mulheres (282.450 em mulheres) (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2018). No entanto, se assemelha com a estimativa do INCA (s.d.) para o estado de Sergipe no ano de 2018, em que se espera a ocorrência de 2.550 em mulheres e 2.380 em homens.

No tocante à faixa etária, foi possível perceber que 40% dos pacientes são maiores de 60 anos, enquanto 46% possuem entre 40 e 60 anos de idade, 11% estão entre 25 e 39 anos e 3% estão na faixa etária de até 24 anos, como aponta o gráfico 01.

Gráfico 01: Faixa etária



Fonte: Fichas de Atendimento Social - período de 2014 a 2017 - Centro de Oncologia Dr. Oswaldo Leite do Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE). Elaboração própria.

Esse aumento da prevalência de câncer em grupos da terceira idade e também a partir dos 40/50 anos, corrobora com o que foi discutido anteriormente a respeito das causalidades que podem levar ao câncer, uma delas relacionada com o envelhecimento da população que se coloca em exposição prolongada aos diversos fatores de risco.

Quanto ao estado civil, notou-se que há um maior número de casados e solteiros (42% e 38,3% respectivamente), seguido de viúvos com 10,5%. O número de divorciados foi de 5,5% e com um percentual menor aparecem os pacientes em união estável, com 3,2%, havendo ainda um quantitativo de 0,5% sem respostas. Os dados também revelaram que 89% dos pacientes oncológicos do HUSE possuem filhos. Deste percentual, 50% têm entre 1 e 3 filhos, 26% entre 4 e 6, enquanto 10% possuem entre 7 e 10 filhos e 3% mais de 10.

Algumas pesquisas vêm apontando a importância do apoio familiar às pessoas diagnosticada com câncer, tendo em vista que esta é uma doença que causa inúmeras complicações físicas e emocionais, que podem dificultar a adesão do paciente ao tratamento. Além disso, durante o tratamento e com o avanço da doença, os pacientes,

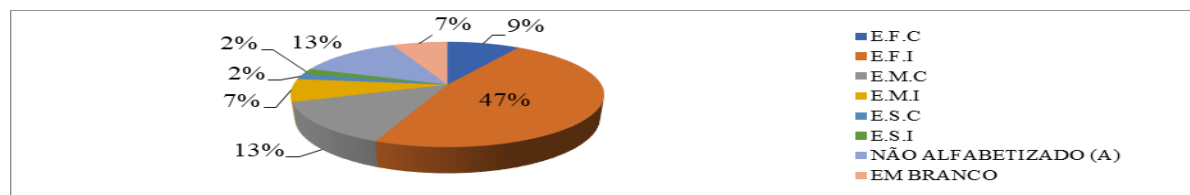
progressivamente, irão demandar maiores cuidados, assim, o suporte da família é um fator de extrema relevância.

Com o diagnóstico de câncer toda a dinâmica familiar é alterada e a enfermidade além de trazer fortes impactos para o paciente, também apresenta graves implicações para toda família, especialmente para os cônjuges e os filhos. Segundo Silva (2001), os membros da família podem ser acometidos por uma crise de intensidade ainda maior do que a do próprio paciente, pois pode causar estresse, que muitas vezes vem acompanhado de desespero, irritação, desgosto e intolerância diante da possibilidade de perder o ente querido.

Destarte, conhecer a composição familiar destes pacientes é importante para os profissionais da rede hospitalar, em especial os assistentes sociais, que lidam diretamente com eles e seus familiares. Com o elevado número de pacientes da terceira idade registrado, torna-se necessário uma atenção ainda maior tanto dos profissionais como dos familiares, devendo ser sempre priorizada a boa comunicação entre ambos, para dessa forma, possibilitar uma assistência mais integral a estes pacientes.

Já no que diz respeito ao grau de escolaridade, foi possível perceber que 13% dos pacientes não são alfabetizados, enquanto 47% possuem o ensino fundamental incompleto e somente 9% concluíram essa etapa da educação básica. Os que conseguiram finalizar o ensino médio representam 13%, enquanto 7% não completaram este nível de ensino. Os dados revelaram, ainda, que apenas 4% dos pacientes ingressaram no ensino superior, mas somente metade desse percentual concluiu a graduação e em 7% das fichas de atendimento social pesquisadas não continham informações acerca da escolaridade do paciente atendido, como pode ser verificado no gráfico 02.

Gráfico 02: Escolaridade

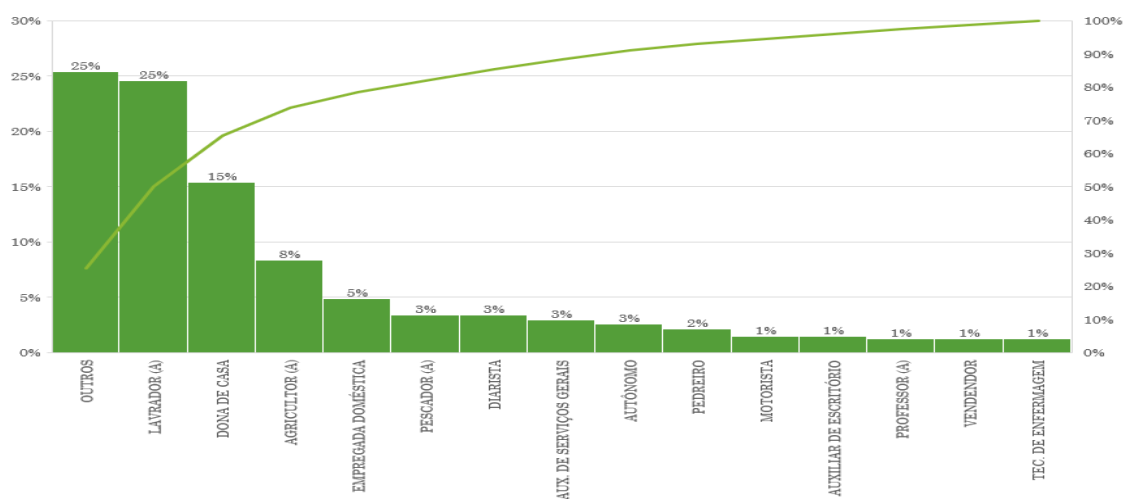


Fonte: Fichas de Atendimento Social - período de 2014 a 2017 - Centro de Oncologia Dr. Oswaldo Leite do Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE). Elaboração própria.

Chama a atenção neste último dado a baixa escolaridade dos pacientes e o alto índice de analfabetos o que é preocupante, pois esses pacientes durante o tratamento precisam entender “[...] corretamente uma série de orientações relacionadas à saúde e tratamentos específicos. Além de estar relacionada a diagnósticos de câncer em estágios mais avançados e à maior mortalidade, a baixa escolaridade está associada a piores padrões de cuidados à saúde.” (LIMA; SIMÃO; SOUZA, 2012, p. 43).

No que se refere aos tipos de ocupação, verificou-se que há um percentual acentuado de lavradores (as) e de donas de casa (com 25% e 15% respectivamente), seguidos por agricultores (as) com 8%, empregada doméstica 5%, e pescador, diarista, auxiliar de serviços gerais e autônomos, ambos com aproximadamente 3% cada, e demais ocupações com menores percentuais, como demonstra o gráfico 03.

Gráfico 03: Tipos de ocupação



Fonte: Fichas de Atendimento Social - período de 2014 a 2017 - Centro de Oncologia do HUSE. Elaboração própria.

Como pode-se perceber há o predomínio de atividades que demandam esforço físico para sua realização, tais como lavrador (a), dona de casa, agricultor (a), empregada doméstica e diarista, dentre outras. Além disso, são atividades que geralmente não são estabelecidas com vínculo formal de emprego, salvo algumas exceções.

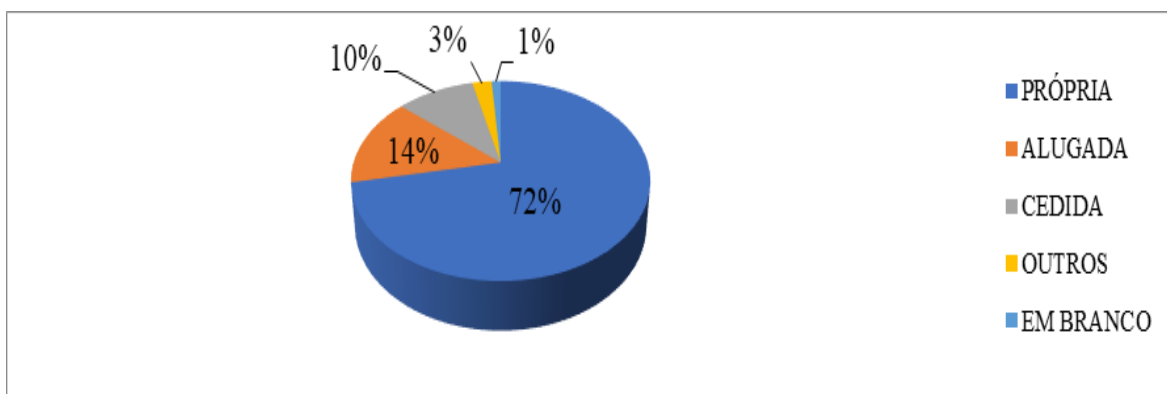
Por ocasião da doença, muitas pessoas precisam deixar o mercado de trabalho, devido à diminuição da capacidade laboral que a neoplasia provoca, ou precisam se afastar

devido às constantes licenças médicas. Esse fato reflete negativamente na qualidade de vida dessas pessoas, pois incide na sua autoestima ao gerarem sentimentos de incapacidade e também por acabar ocasionando a diminuição da renda familiar.

Em relação à renda das famílias destes pacientes, verificou-se que em sua maioria é composta por um salário mínimo (54%), que muitas vezes provém do benefício assistencial ou previdenciário do paciente. Os que têm a renda familiar composta por 2 salários mínimos representam 28%, seguido de 10% com três salários mínimos e 6% que não possuem nenhum tipo de renda. Em 2% das 518 fichas pesquisadas não foi informada a renda do paciente atendido. A situação financeira dessas famílias se agrava com o desemprego dos pacientes, sendo ainda comprometida diante dos gastos que a doença pode exigir, com a compra de medicamentos, a realização de exames (diante das dificuldades de fazê-los via SUS), mudanças na alimentação ou demais necessidades que podem ser geradas com a enfermidade.

Com relação ao tipo de moradia, os dados revelaram que 72% dos pacientes atendidos na oncologia do HUSE residem em casa própria, 14% pagam aluguel, 10% moram em casas cedidas por terceiros e 3% que residem em outros tipos de moradias (casa de familiares, amigos ou outros), e em 1% das fichas pesquisadas não continha nenhuma informação acerca do tipo de moradia do paciente, como podemos observar no gráfico 04.

Gráfico 04: Tipo de moradia



Fonte: Fichas de Atendimento Social - período de 2014 a 2017 - Centro de Oncologia do HUSE. Elaboração própria.

Diante desses resultados é possível perceber que a situação de moradia dos pacientes oncológicos do HUSE está em consonância com as estatísticas nacionais, tendo em vista que, de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2017), 67,9% dos brasileiros residem em casa própria, enquanto 17,6% em moradia alugada, 8,7% em residências cedidas e 0,2% em outros tipos.

No que se refere ao local (cidade ou Estado) de procedência dos pacientes constatou-se que 25,3% moram em Aracaju, enquanto 10,5% em Nossa Senhora do Socorro, 5% em São Cristóvão, 4,1% em Lagarto e 3,2% em Laranjeiras, os demais 51,9% são a soma dos municípios sergipanos e dos estados da Bahia e Alagoas com valores abaixo de 3%, como ilustra a tabela 01.

Tabela 01: Municípios/Estado de procedência

MUNICÍPIOS / ESTADO DE PROCEDÊNCIA	PERCENTUAL (%)
Aracaju/SE	25,3
Nossa Senhora do Socorro/SE	10,5
São Cristóvão/SE	5
Lagarto/SE	4,1
Laranjeiras/SE	3,2
Demais municípios com valores abaixo de 3%	51,9

Fonte: Fichas de Atendimento Social - período de 2014 a 2017 - Centro de Oncologia Dr. Oswaldo Leite do Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE). Elaboração própria.

No que diz respeito à situação previdenciária foi identificado que 29% dos pacientes não possuem cobertura previdenciária, 26% são aposentados, 17,2% recebem auxílio doença, e com igual percentual aqueles que aguardavam perícia médica. Já 6,4% não informaram a situação previdenciária, 3,7% são pensionistas e 0,5% recebe benefício, mas não foi especificado. Dessa forma, pode-se inferir que há um quantitativo razoável de pessoas cobertas por este sistema, como é possível visualizar na tabela 02.

Tabela 2: Situação previdenciária

SITUAÇÃO PREVIDENCIÁRIA	PERCENTUAL (%)
Não	29
Aposentado	26
Aguardando Perícia	17,2
Auxílio Doença	17,2
Em Branco	6,4
Pensionista	3,7
Sim	0,5

Fonte: Fichas de Atendimento Social - período de 2014 a 2017 - Centro de Oncologia Dr. Oswaldo Leite do Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE). Elaboração própria.

Com relação aos benefícios assistenciais ofertados pelo governo federal direcionados para pessoas em situação de vulnerabilidade social, foi possível perceber que 11% dos pacientes recebem o Bolsa Família e 5% o Benefício de Prestação Continuada (BPC)⁵. Este último é destinado à pessoa com deficiência, estando incluídas nesta categoria as pessoas com câncer que comprovem se encontrar em condições de impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, podendo ser de qualquer idade. O benefício também abrange idosos com 65 anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover o seu sustento ou por alguém da família. Estes benefícios têm sido importantes na complementação da renda familiar dos pacientes beneficiários. Entretanto, o alcance deles nem sempre é possível tendo em vista as exigências e critérios de seletividade.

5.1.2 Incidência de neoplasias e tipos de tratamento

Partindo para os aspectos relativos à doença, dentre as fichas analisadas foram encontrados 50 tipos diferentes de neoplasia, dentre eles registrou-se uma incidência considerável de pacientes acometidos pelo câncer de mama feminino, que representou

⁵ Para ter acesso ao BPC a pessoa precisa comprovar que a renda mensal per capita da família é menor que 1/4 do salário mínimo vigente, conforme regulamento no Decreto nº 6.214 de 26/09/2007.

30,67% dos casos, seguido pelo câncer de próstata com 6,10%, intestino com 5,14%, cavidade oral com 4,57%, estômago com 4,19%, útero com 4% e pulmão com 2,67%.

No Brasil de acordo com estimativa do INCA (2018), os tipos de câncer mais frequentes serão o câncer de próstata (68.220 casos novos) em homens e o de mama (59.700 mil) em mulheres. Outros tipos que apresentam índices elevados são os de cólon e reto (36.360), pulmão (18.740), estômago (21.290), colo do útero (16.370) e cavidade oral (11.200).

Portanto, observa-se que os quantitativos encontrados nas fichas analisadas se aproximam dos dados nacionais. Com exceção do câncer de próstata que em termos percentuais fica consideravelmente abaixo dos dados nacionais, mas que pode ser explicado se levarmos em consideração o percentual de homens que passam pelo Serviço Social do COOL, que, como visto anteriormente, é bem inferior se comparado ao número de mulheres.

Em relação aos tipos de tratamento foi possível observar que há um discreto predomínio do uso da quimioterapia, representada por 21%, seguido de um percentual de 16,7% dos que realizam quimioterapia e também passam por consultas médicas. Logo após aparece à radioterapia com 15,7%, seguida da combinação de quimioterapia, radioterapia e consulta com 10,8%, de acordo com a tabela 03.

Tabela 03: Tipos de tratamento

TIPO DE TRATAMENTO	PERCENTUAL (%)
Consulta	9
Quimioterapia	21
Radioterapia	15,7
Quimioterapia e Radioterapia	4,4
Radioterapia e Consulta	4,4
Quimioterapia e Consulta	16,7
Quimioterapia e Cirurgia	2,81
Quimioterapia, Radioterapia e Cirurgia	2,3

Quimioterapia, Radioterapia e Consulta	10,8
Quimioterapia, Cirurgia e Consulta	3
Radioterapia, Cirurgia e Consulta	1,62
Quimioterapia, Radioterapia e Outros	1,4
Quimioterapia, Radioterapia, Cirurgia e Consulta	3,7
Quimioterapia, Consulta e Outros	1,1
Cirurgia e Consulta	1
Outros	0,7

Fonte: Fichas de Atendimento Social - período de 2014 a 2017 - Centro de Oncologia Dr. Oswaldo Leite do Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE). Elaboração própria.

Em oncologia a definição do tratamento a ser utilizado é um dos pontos fundamentais. Para que esta definição seja eficaz é necessário basear-se principalmente no estadiamento da doença, visando não apenas o tumor primário, mas eventuais metástases, diminuição de sintomas, melhora da qualidade e sobrevida do paciente. Muitos indivíduos com câncer podem ser tratados com quimioterapia, no entanto, para a grande maioria dos cânceres, a melhor terapia acaba por ser uma combinação (FERREIRA; RODRIGUES, 2010).

A terapia combinada com cirurgia, radioterapia e/ ou quimioterapia tem sido amplamente utilizada e os melhores ajustes de drogas e doses, além da coordenação com a radioterapia, vem desencadeando um progresso na terapia antineoplásica, a radioterapia ou a quimioterapia, administradas antes da cirurgia, visam à diminuição da massa tumoral, ou ainda, ao objetivo de destruir as células cancerosas remanescentes. a quimioterapia combinada com a cirurgia melhora as chances de sobrevida no caso de câncer com disseminação para os linfonodos regionais. (FERREIRA; RODRIGUES, 2010, p. 437).

Entretanto, segundo estes mesmos autores, alguns cânceres respondem parcialmente à radioterapia, à quimioterapia ou à combinação de ambas. Apesar disso, elas são indicadas para aliviar sintomas como a dor causada pela compressão ou infiltração do tumor nos tecidos adjacentes, levando o aumentando do período de sobrevida.

5.2 Perfil da mortalidade por câncer durante o período de 2015-2017

Os dados mostram que dos pacientes internados e que vieram a óbito no COOL de 2015 a 2017, 74% estiveram internados na **Ala G** e 26% na **Ala F**. Na Ala G os leitos são reservados para pacientes adultos com neoplasia, já os da Ala F são divididos entre o público infanto-juvenil com neoplasias e os pacientes adultos com doenças hematológicas.

A classificação por sexo na porcentagem de óbitos de pacientes do COOL mostrou um predomínio do sexo feminino (53%) em relação aos pacientes do sexo masculino (47%). Conforme o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e base demográfica do IBGE, no Brasil, no ano de 2004, a taxa de mortalidade específica por neoplasias malignas (por 100 mil/ha), por Regiões, ano, localização e sexo, mostrou que houve uma predominância de óbitos do sexo masculino com 84,3%. No sexo feminino foi de 69,2%, diferenciando-se dos dados apontados na pesquisa.

Já no que diz respeito à faixa etária, os dados revelaram que 42% dos pacientes tinham entre 40 e 60 anos de idade, seguido de 37% que tinham mais de 60 anos. Os mais jovens com idades entre 25 e 39 anos representam 12% e os que tinham entre 18 e 24 anos formaram um percentual de 2%. As crianças de 0 a 12 anos que vieram a óbito no período pesquisado compõem 5% e os adolescentes de 13 a 17 anos representam 2%.

Conforme dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no Brasil nos anos de 2016 e 2017, 66,4% das pessoas que faleceram eram maiores de 60 anos, 18,8% estavam na faixa etária entre 40 e 60 anos, 9,1% de 25 a 39 anos e 5,4 entre 0 a 24 anos aproximadamente (BRASIL, 2018), o que reforça os dados da pesquisa, uma vez que há uma predominância de óbitos entre as pessoas acima de 40 anos.

Com relação ao estado civil foi possível perceber uma maior incidência de pessoas solteiras com 48,30%, seguido das casadas que representam 30,38%. Com menores percentuais aparecem as viúvas (7,92%), seguido das divorciadas (6,60%) e daquelas que estavam em união estável (4,72%). Em 1,70% dos dados analisados não continham informações acerca do estado civil, aparecendo ainda um percentual de 0,38% não se aplica⁶.

No momento da análise foi possível perceber que os dados obtidos têm relação com a realidade nacional, tendo em vista que a taxa de mortalidade geral do país aponta, que entre 2016 e 2017, 36,8% das pessoas que morreram eram casadas, 29,3% solteiras e 6,8%

⁶ Compreende as crianças de 0 a 12 anos de idade.

divorciadas⁷. Já o quantitativo da ocorrência de óbitos em pessoas viúvas nesse período foi de 26,9%, se diferenciando do que foi verificado COOL.

Com relação ao nível de escolaridade dos pacientes que foram a óbito, chegou-se ao seguinte resultado: 38,6% possuíam o ensino fundamental incompleto, 20,7% o ensino fundamental completo, 18% não foram alfabetizados, 15,1% ensino médio completo, 0,7% não concluíram o ensino médio, 2% com o ensino superior e 1,1% que não o concluíram, 3,1% sem informação, tendo ainda 0,6% em que esta variável não se aplica por uma questão de idade e 0,1 % que estavam no ensino infantil.

No que concerne ao tipo de atividade desenvolvida pelos pacientes, foi encontrada uma diversidade de ocupações, destacando-se algumas com maior valor percentual: lavrador(a) com (17%), dona de casa (14%), aposentado(a) com (11%), agricultor(a) com (8%), doméstica (5%), estudante (5%), autônomo(a) (3%), desempregado(a) (3%), serviços gerais (2%), motorista (2%), pedreiro (2%), funcionário(a) público(a) (2%) e em branco (3%).

Nos dados coletados foi percebido que 26,5% dos pacientes eram oriundos de Aracaju, seguido de Nossa Senhora de Socorro com um percentual de (8,5%), São Cristóvão com (6%), Lagarto (3,6%), Itabaiana (3%), Itaporanga (2,6%), Itabaianinha (2,2%), Estância com (2%) e demais municípios com valores abaixo de (2%), totalizaram 45,6%. Conforme dados do TABNET, sistema do DATASUS, em 2011 Sergipe registrou 1.432 óbitos por neoplasia maligna. Somente em Aracaju foram registrados 247 casos do sexo feminino e 241 casos do sexo masculino.

No que diz respeito às causas dos óbitos dos pacientes internados no COOL/HUSE, foi verificado que nos atestados emitidos são elencadas algumas, podendo ser destacadas, por ordem de incidência, as seguintes: A primeira diz respeito às seguintes patologias: infecção generalizada – sepse (10%), seguido do choque séptico e insuficiência respiratória, ambos com 9%. Ainda foi identificado 4% por insuficiência respiratória aguda, 2% cuja causa foi a falência de múltiplos órgãos e parada cardiorrespiratória, 1% de insuficiência renal e insuficiência renal aguda. Além de outras causas de menores valores percentuais.

⁷ Os dados nacionais utilizados para análise da faixa etária e do estado civil foram extraídos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) através do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Convém ressaltar um percentual significativo de respostas em branco, correspondendo a 46% do total.

Já na segunda causa de morte, tem-se com 9,7% o óbito por algum tipo de infecção bacteriana não especificada, seguido de 8,7% por obstrução intestinal, 6,3% pneumonia, 4,7% de sepse, 3,9% insuficiência respiratória e 2,9% insuficiência renal. Em 29,2% dos casos não continha essa informação acerca da segunda causa de morte.

A terceira causa de óbito está associada, majoritariamente, ao tipo de câncer que o paciente fora acometido, destacando-se os cânceres de útero, mama e leucemia, com 9% cada, seguido de pulmão (6,4%) e de próstata (4%), como é possível observar na tabela 04. Esses dados sobre as causas dos óbitos mostram que a pessoa com câncer acaba desenvolvendo outras patologias que, em função da debilidade do organismo, acabam levando a morte.

Tabela 04: Terceira causa de morte

TERCEIRA CAUSA DE ÓBITO	PERCENTUAL (%)
ESTÔMAGO	2 %
COLO UTERINO	2,2 %
SEM INFORMAÇÃO	2,2 %
LARINGE	2,2 %
RETO	2,6 %
CÓLON	3 %
ESÔFAGO	3,2 %
LINFOMA NÃO HADGKIN	3,2 %
GÁSTRICO	3,3 %
PRÓSTATA	4 %
PULMÃO	6,4 %
LEUCEMIA	9 %
MAMA	9 %
ÚTERO	9 %
DEMAIS CAUSAS DE MORTES COM VALORES ABAIXO DE 2 %	38,7 %

Fonte: Livro de Óbitos do Serviço Social - período de 2015 a 2017 - Centro de Oncologia Dr. Oswaldo Leite do Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE). Elaboração própria.

Segundo dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (2015), conforme a localização primária do tumor e sexo, as neoplasias que mais levaram pacientes a óbito foram: a de mama em mulheres (16,2%) e a de próstata em homens (13,5%). Dentre as outras neoplasias associadas aos maiores índices de mortalidade, encontram-se as de estômago com 8,5% para os homens e 5,4% para as mulheres; cólon com 7,6% em homens e 9% em mulheres; e leucemia com 2,3% para homens e 3,3% em mulheres.

Como é possível observar os tipos de neoplasias associadas aos maiores índices de mortalidade encontrados na pesquisa junto aos pacientes do COOL se assemelham aos registrados nacionalmente, embora sejam observados alguns contrastes em termos percentuais de algumas neoplasias, como na de próstata e leucemia.

5.3 As principais demandas que chegam ao Serviço Social do Centro Oncológico Dr. Oswaldo Leite/HUSE

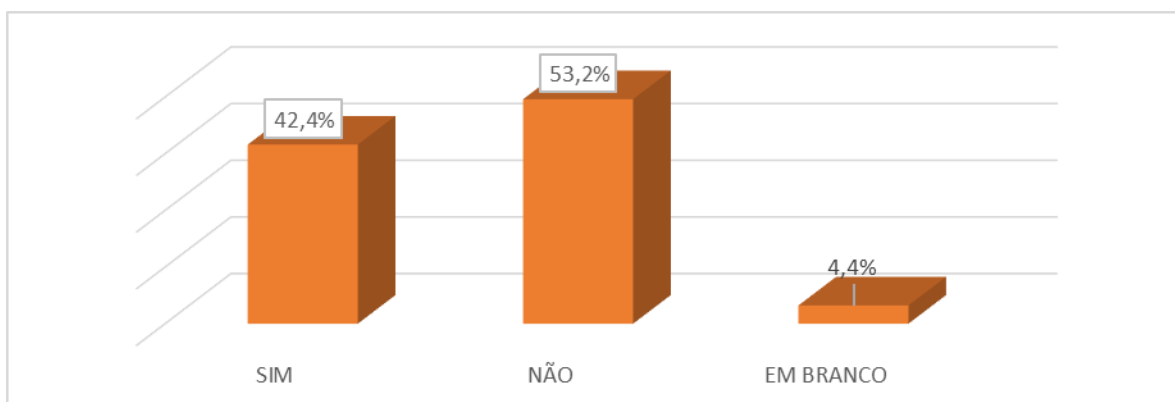
Como apresentado anteriormente, na oncologia os profissionais de Serviço Social devem atuar no sentido de contribuir com a adesão do paciente ao tratamento, através da inserção em políticas sociais e acesso a bens e serviços que possibilitem a melhoria da qualidade de vida. Para tanto, como já foi aludido, faz-se necessário que o profissional tenha competência teórico-metodológica e conheça a realidade dos usuários do serviço para o qual as suas ações se destinam.

No Centro Oncológico Dr. Oswaldo Leite, há uma diversidade de atividades desenvolvidas por esses profissionais, como: agendamento social; declaração de negação ou confirmação de procedimentos realizados no hospital; visitas aos leitos/alas; declarações de óbito e orientações pós-óbito; escuta qualificada e orientações quanto aos direitos sociais do paciente com câncer relacionadas principalmente à utilização do auxílio-doença, quando o paciente é um contribuinte do INSS, ou para solicitação do Benefício de Prestação Continuada (BPC), para os não contribuintes, desde que se enquadrem nos critérios de elegibilidade.

Além dessas atividades, os dados revelaram que as demandas mais recorrentes são aquelas relacionadas com os encaminhamentos para transporte, casas de apoio⁸ e Tratamento Fora do Domicílio (TFD).

De acordo com os dados obtidos na pesquisa foi possível fazer um mapeamento dos encaminhamentos realizados pelos assistentes sociais para as casas de apoio, transporte e TFD. No que diz respeito ao transporte, das 518 fichas analisadas, 42,4% dos pacientes procuraram o Serviço Social para solicitar o encaminhamento para transporte, enquanto 53,2% não demandaram esse serviço, seja porque já possuía cadastro, por morar próximo à unidade hospitalar, ou ainda por possuir transporte próprio. Há também um percentual de 4,4% de fichas que não foram preenchidas, como é possível observar no gráfico 05:

Gráfico 05: Encaminhamento para transporte

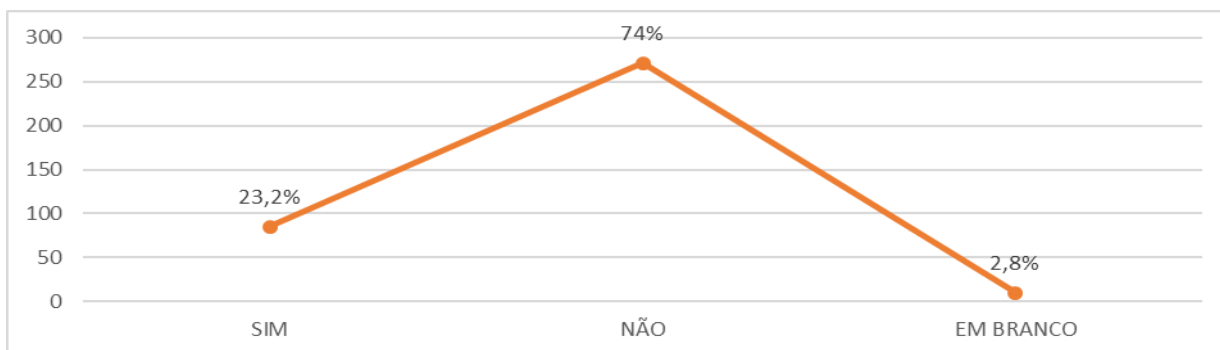


Fonte: Fichas de Atendimento Social - período de 2014 a 2017 - Centro de Oncologia do HUSE. Elaboração própria.

Já em relação ao Tratamento Fora do Domicílio (TFD), foi encontrado um percentual de 23,2% de pacientes encaminhados e de 74% que não fazem parte do público do TFD. Em 2,8% das fichas não havia respostas sobre essa questão, como ilustrado no gráfico 06:

⁸ Cabe salientar que os pacientes oncológicos contam com a contribuição das casas de apoio, como a AVOSOS, Grupo de Apoio a Crianças com Câncer (GAAC), Associação dos Amigos da Oncologia (AMO) e Associação de Apoio ao Adulto com Câncer do Estado de Sergipe (AAACASE), ambas localizadas na cidade de Aracaju, que ofertam serviços de hospedagem, alimentação, transporte, consultas, exames, medicamentos, etc.

Gráfico 06: Encaminhamento para Tratamento Fora do Domicílio



Fonte: Fichas de Atendimento Social - período de 2014 a 2017 - Centro de Oncologia do HUSE. Elaboração própria.

Está previsto na Constituição Federal de 1988 o acesso universal e integral aos cuidados de saúde e para atender esses diretos foram instituídos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, algumas políticas, programas, benefícios etc. Dentre eles, temos o Tratamento Fora do Domicílio (TFD), pois ele garante que os pacientes, independentemente da região onde residam, possam ter acesso a todos os recursos de tratamento disponíveis no SUS. Os benefícios do TFD foram estabelecidos por meio da Portaria SAS/Ministério da Saúde nº 055 de 24 de fevereiro de 1999.

Esta normatização tem por finalidade garantir o acesso dos pacientes de um município a serviços assistenciais em outro município, ou ainda, em caso especiais, de um Estado para outro, quando esgotadas todas as possibilidades de realização no município/estado de origem. Para ter acesso aos benefícios o paciente precisa, obrigatoriamente, ser atendido pela rede pública ou em conveniada/contratada pelo SUS, com procedimentos considerados de alta ou média complexidade. O TFD visa oferecer: transporte aéreo, terrestre e fluvial; diárias para alimentação e pernoite para paciente e acompanhante⁹, além de consulta, tratamento hospitalar e cirúrgico, com horário e data definido previamente (BRASIL, 1999).

Uma das enfermidades que requisitam a utilização do TFD é o câncer, que pode ser utilizado para o tratamento de âmbito Intermunicipal ou Interestadual. Na presente

⁹ De acordo com a normativa, somente será permitido o pagamento de despesas para deslocamento e hospedagem de acompanhante nos casos em que houver indicação médica, elucidando as razões da impossibilidade do paciente se deslocar desacompanhado (BRASIL, 1999).

pesquisa, os dados que foram obtidos dizem respeito ao TFD Intermunicipal, ou seja, 23,2% de pacientes utilizam esse tipo de benefício (gráfico 06). Este percentual pode ser relacionado com os dados referentes à procedência dos pacientes que constam na tabela 01, cuja maioria reside no interior do Estado. Além disso, deve-se também ao fato de que os únicos hospitais que oferecem Serviço de Alta Complexidade em Oncologia, denominados de UNACON, estão localizados na capital do Estado (Aracaju).

Já no que se refere aos encaminhamentos para as casas de apoio que atendem as pessoas com câncer adultas (AMO e AACASE), somente nos anos de 2015 e 2016 foram registrados 471 encaminhamentos. É válido destacar que essas casas de apoio são instituições sem fins lucrativos que realizam acolhimento aos usuários do SUS que fazem algum tipo de tratamento de saúde. O objetivo é proporcionar uma melhor acomodação aos pacientes e familiares na cidade na qual são atendidos, preferencialmente aos que estão em vulnerabilidade social, tendo em vista que a grande maioria deles, como já referido, reside no interior do Estado.

Através do exposto é possível depreender a importância do trabalho desenvolvido pelo Serviço Social do COOL, sobretudo no sentido de contribuir para a viabilização dos direitos dos pacientes oncológicos, na continuidade e progresso do tratamento. Estes profissionais, através das orientações que são prestadas aos pacientes e dos encaminhamentos necessários para que estes tenham acesso aos seus direitos, colocam em prática princípios contidos no projeto ético-político da profissão. Doravante, é importante ressaltar que estes direitos são por vezes desrespeitados e, dessa forma, configura-se um desafio árduo para os profissionais de Serviço Social que lutam pela justiça social e pelo caráter universal e integral da saúde.

6 CONCLUSÕES

Por meio desta pesquisa foi possível realizar um estudo dos pacientes com câncer atendidos pelo Serviço Social do Centro de Oncologia Dr. Oswaldo Leite, levando em consideração os aspectos socioeconômicos e àqueles relativos à tríade saúde/doença/tratamento.

Com os resultados obtidos, verificou-se que estes pacientes são em sua maioria do sexo feminino, casados, com faixa etária predominante de mais de 60 anos, apresentam um

nível baixo de escolaridade, possui renda familiar de 1 salário mínimo, estão concentrados no interior do Estado, residem em casa própria, possuem filhos, e os tipos de cânceres mais incidentes são os de mama e próstata. Em relação aos óbitos, observou-se que as neoplasias de mama, útero e a leucemia, representam os maiores índices de mortalidade.

A partir da análise desenvolvida ao longo desta pesquisa foi possível constatar que o trabalho prestado pelo Serviço Social do COOL, está em consonância com o estabelecido no Código de Ética da Profissão de 1993, ao desenvolverem ações sócio educativas, voltadas para a perspectiva de viabilização e ampliação dos direitos dos pacientes, prestando orientações e encaminhamentos necessários para a garantia dos mesmos. Observou-se também que há um fluxo acentuado de encaminhamentos, sobretudo para acesso aos benefícios sociais, agendamentos para cadastro em casas de apoio, transporte e TFD.

Através dos dados obtidos na pesquisa, pretende-se contribuir com o fazer profissional dos assistentes sociais do referido Centro, pois com o conhecimento da realidade dos usuários e das formas com as quais as diversas expressões da questão social se expressam na vida dos pacientes, tem-se elementos que podem ser utilizados na elaboração de programas, projetos e atividades que possam oferecer outras possibilidades de intervenção profissional.

Além disso, almeja-se que esses resultados alcancem toda equipe da oncologia do COOL, pois compreende-se que os profissionais ao conhecerem um pouco melhor os pacientes atendidos poderão visualizá-los como seres singulares, levando em consideração não apenas os aspectos físicos e biológicos, mas também outros elementos da realidade vivenciada por eles. Assim, poderão planejar e executar as suas ações em consonância com as necessidades dos usuários, principalmente no sentido de prestar uma assistência à saúde humanizada, em um momento tão complexo de suas vidas.

Ademais, os resultados desta pesquisa poderão contribuir com informações sobre os pacientes atendidos no HUSE/COOL, indo além de ações internas adotadas nesta unidade hospitalar, mas também na implementação de políticas públicas visando o planejamento de ações que envolvam os diferentes níveis de atenção à saúde e melhoria da assistência aos usuários oncológicos assistidos pelo SUS do Estado, além de contribuir com a escassa

literatura sobre o perfil epidemiológico e social dos pacientes com câncer das diferentes localidades do país.

REFERÊNCIAS

BARRETO, E. M. T. Acontecimentos que fizeram a história da oncologia no Brasil: Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, p. 267-274, 2005. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v03/pdf/historia_inca.pdf. Acesso em: 25 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A construção do SUS: história da reforma sanitária e do processo participativo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006, 300 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/construcao_do_SUS_2006.pdf. Acesso em: 25 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Mortalidade – Brasil – Dados preliminares de 2017**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/pobt10uf.def>. Acesso em: 28 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Mortalidade - 1996 a 2016, pela CID-10**. [S.l.], 2018. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em: 28 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html. Acesso em: 4 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 055, de 24 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde – SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 1999. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055_24_02_1999.html. Acesso em: 30 mai. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Indicadores de Mortalidade. C.10 - Taxa de mortalidade específica por neoplasias malignas**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c10.def>. Acesso em: 5 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Taxa de mortalidade específica por neoplasias malignas – C.10** (Coeficiente de mortalidade específica por neoplasias malignas). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/LivroIDB/2edrev/c10.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2006, 117 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/situacao_cancer_brasil.pdf. Acesso em: 5 nov. 2018.

CEFESS. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília: CEFESS, 2010, 82 p. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atualizacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 10 nov. 2018.

COSTA, M. D. H. da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. In: MOTA, A. E. (Org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

FERREIRA, N. M. L. A.; RODRIGUES, J. S. M. Caracterização do perfil epidemiológico do câncer em uma cidade do interior paulista: conhecer para intervir. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 4, p. 431-441, 2010. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_56/v04/pdf/05_artigo_caracterizacao_perfil_epidemiologico_cancer_cidade_interior_paulista_conhecer_para_intervir.pdf. Acesso em: 12 mar. 2019.

FONSECA, C. M. O. TEIXEIRA, L. A. **De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca_desconhecida_saude_publica.pdf. Acesso em: 15 set. 2018.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HABIB, P. A. B. B.; PORTO, M.; TEIXEIRA, L. A. Políticas públicas de controle de câncer no Brasil: elementos de uma trajetória. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 375-380, 2012. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_3/artigos/CSC_v20n3_375-380.pdf. Acesso em: 15 set. 2018.

IAMAMOTO, M. V. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. In: MOTA, A. E. (Org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. 4. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2018, 111 p. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Livro_ABC_4ed_4a_prova.pdf. Acesso em: 18 set. 2018.

_____. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008, 624 p. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uac>

t=8&ved=0ahUKEwiY8q2vrurYAhXBS5AKHWJwDwwQFggoMAA&url=http%3A%2F%2Fbvsm.sau.de.gov.br%2Fbvsm%2Fpublicacoes%2Facoes_enfermagem_controle_cancer.pdf&usg=AOvVaw3niSTeH-G2GUjnHZDqyd9a. Acesso em: 24 set. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Diálogos em saúde pública e serviço social: a experiência do assistente social em oncologia.** Rio de Janeiro: INCA, 2017, 188 p. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Dialogos-em-saude-publica.pdf>. Acesso em: 5 set. 2018.

_____. **Diálogos em saúde pública e serviço social: a Residência Multiprofissional em oncologia.** Rio de Janeiro: INCA, 2018, 298 p. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/dialogos_em_saude_publica_2018_completo_ok_0.pdf. Acesso em: 5 out. 2018.

_____. **Histórico do controle do câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2006. Disponível em: http://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/historico_cancerbrasil.pdf. Acesso em: 4 out. 2018.

_____. **O que é o câncer?** Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, [s.d.]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322. Acesso em: 5 out. 2018.

_____. **Estimativa.** [S.l.]: Instituto Nacional de Câncer, [s.d.]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/sergipe-aracaju.asp>. Acesso em: 10 mar. 2019. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER **Estatística de câncer.** [S.l.]: INCA, 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>. Acesso em: 20 dez. 2018.

INSTITUTO ONCOGUIA. **O que é o câncer.** [S.l.]: Instituto Oncoguia, 2015. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/cancer/12/1/>. Acesso em: 5 nov. 2018.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

LIMA, E. D. R. de P.; SIMÃO, D. A. da S.; SOUZA, R. S. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes atendidos em um serviço ambulatorial de quimioterapia paliativa em Belo Horizonte. **Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 16, n. 1, p. 38-47, 2012. Disponível em: file:///C:/Users/crf_r/Desktop/PIBIC/v16n1a06.pdf. Acesso em: 10 mar. 2019.

MATOS, M. C. Assistente social: trabalhador(a) da área da saúde. Reflexões a partir do debate brasileiro. **Interações: sociedade e as novas modernidades**, Coimbra, n. 17, p. 45-63, 2009. Disponível em: <https://www.interacoesismt.com/index.php/revista/article/view/315>. Acesso em: 5 nov. 2018.

NETTO, J. P **Introdução ao estudo do método de Marx.** São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NORONHA; C. P.; PORTO, M. A.; TEIXEIRA, L. A. **O câncer no Brasil: passado e presente**. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2012. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/18554/2/o_cancer_no_brasil_passado_e_presente%20-%20INTEGRAL%20FINAL%20COM%20CAPA.pdf. Acesso em: 21 set. 2018.

PNAD. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio. **Características gerais dos domicílios e moradores**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/trabalho/17270-pnad-continua.html?=&editais=18268&t=downloads>. Acesso em: 26 nov. 2018.

RAICHELIS, R. Democratizar a gestão das políticas sociais: um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil. In: MOTA, A. Elizabete et al (Org). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez; OPAS; OMS; Ministério da Saúde, 2006.

SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde. **Registro de câncer de base populacional: incidência de câncer no estado de Sergipe e nas suas regiões de saúde**. Aracaju: Secretaria do Estado de Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/16756/2664146/Boletim+Estimativas+Sergipe+2018.pdf/69db17e0-6f1a-453c-9d19-7f78e324c950>. Acesso em: 22 nov. 2018.

SILVA, C. N. **Como o câncer (des)estrutura a família**. São Paulo: Annablume, 2011.

TEIXEIRA, L. A. O controle do câncer no Brasil na primeira metade do século XX. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 13-31, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v17s1/02.pdf>. Acesso em: 18 set. 2018.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **OMS: câncer mata 8,8 milhões de pessoas anualmente no mundo**. [S.l.]: OMS, 2017. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/oms-cancer-mata-88-milhoes-de-pessoas-anualmente-no-mundo/>. Acesso em: 6 ago. 2018.

OUTRAS ATIVIDADES

Além das ações previstas no plano de trabalho, foram desenvolvidas as seguintes atividades:

Primeiro semestre:

- Oficina sobre a utilização da Plataforma Lattes/CNPq, no dia 22 de agosto de 2018, com duração de 4 horas;
- Oficinas de ABNT NBR 10520 (Informação e documentação – Citações em documentos – Apresentação) e NBR 6023 (Informação e documentação –

Referências – Elaboração), ministrada por uma docente do curso de Serviço Social/UFS, nos dias 16 e 23 de agosto de 2018, com duração de 8 horas.

- Atividade de pesquisa e extensão “Núcleo de Informação Sobre os Direitos Sociais e Cidadania (NIDSC)” – Grupo de estudos sobre a Política de Saúde, Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher e a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer; Roda de conversa sobre a prevenção do câncer de mama e colo de útero, realizada com as mulheres do Centro de Referência da Mulher (CRM) da Barra dos Coqueiros/SE, no dia 24 de outubro de 2018, em conjunto com os bolsista e egressos do Programa de Educação Tutorial (PET) de Serviço Social da UFS e a Associação Mulheres de Peito, duração de 20 horas.
- Atividade no Grupo de Apoio Rodas da Vida no Centro de Oncologia Dr. Oswaldo Leite/HUSE, com o tema “Fortalecimento das relações familiares”, no dia 22 de agosto com duração de 2 horas.
- Participação no Grupo de Apoio Rodas da Vida no Centro de Oncologia Dr. Oswaldo Leite/HUSE, com o tema “Direitos sociais dos pacientes oncológicos”, no dia 19 de setembro, com duração de 2 horas.
- Participação no Grupo de Apoio Rodas da Vida no Centro de Oncologia Dr. Oswaldo Leite/HUSE, com o tema “Entretenimento do Jogo Bingo”, no dia 12 de dezembro, com duração de 3 horas.

Segundo semestre:

- Apresentação do Projeto de Intervenção de Estágio em Serviço Social “O atendimento social e a viabilização de direitos dos pacientes oncológicos/HUSE”, nos dias 04 e 26 de fevereiro de 2019.
- I Seminário Sergipano de cuidados paliativos: uma abordagem multidisciplinar, realizado no dia 14 de março de 2018, no Iate Clube de Aracaju/SE, com carga horária de 15 horas.
- Grupo de estudos do livro “Política Social: fundamentos e história” de Elaine Behring e Ivanete Boschetti, desenvolvido pelo grupo PET Serviço Social/UFS